



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

PERCEPCIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LOS
DOCENTES QUE LABORAN EN EL CENTRO DE ATENCIÓN
ODONTOLÓGICO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA
UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS. PERIODO ACADÉMICO 2018-2.

Autor

Pablo Alejandro Cox Maruri

Año
2018



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

PERCEPCIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LOS
DOCENTES QUE LABORAN EN EL CENTRO DE ATENCIÓN
ODONTOLÓGICO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA
UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS. PERIODO ACADÉMICO 2018-2.

Trabajo de Titulación presentado en conformidad con los requisitos
establecidos para optar por el título de Odontólogo

Profesor Guía:

Dra. María Pilar Gabela Berrones

Autor

Pablo Alejandro Cox Maruri

Año

2018

DECLARACIÓN DEL PROFESOR GUÍA

"Declaro haber dirigido el trabajo, Percepción de la Cultura de Seguridad del Paciente en los Docentes que laboran en el Centro de Atención Odontológico de la Facultad de Odontología de la Universidad de las Américas. Periodo Académico 2018-2., a través de reuniones periódicas con el estudiante Pablo Alejandro Cox Maruri, en el semestre 2018-2 orientando sus conocimientos y competencias para un eficiente desarrollo del tema escogido y dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación".

María Pilar Gabela Berrones
Master Universitario en Gestión de la Seguridad Clínica del Paciente y Calidad
de la Atención Sanitaria
C.I. 0603600172

DECLARACIÓN DEL PROFESOR CORRECTOR

"Declaro haber revisado este trabajo, Percepción de la Cultura de Seguridad del Paciente en los Docentes que laboran en el Centro de Atención Odontológico de la Facultad de Odontología de la Universidad de las Américas. Periodo Académico 2018-2., del estudiante Pablo Alejandro Cox Maruri, en el semestre 2018-2, dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación".

Dra. María Eugenia Correa
C.I. 0301903944

DECLARACIÓN DE AUTORÍA DEL ESTUDIANTE

“Declaro que este trabajo es original, de mi autoría, que se han citado las fuentes correspondientes y que en su ejecución se respetaron las disposiciones legales que protegen los derechos de autor vigentes”.

Pablo Alejandro Cox Maruri
C.I.1721784492

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mi familia por ser siempre un apoyo incondicional en todo el transcurso de mi carrera profesional y siempre darme ánimos para continuar y luchar por lo que quiero.

A mi tutora, Dra. Pilar Gabela, por no abandonarme ni un solo segundo en el transcurso del desarrollo de mi trabajo, y a quien admiro y respeto profundamente.

DEDICATORIA

Dedico mi trabajo de titulación a mi padre, Rodrigo Cox, por siempre creer en mí, amarme y, con su ejemplo, inspirarme cada día a ser una mejor persona.

A mi madre, María Inés Maruri, por ser mi mayor ejemplo de lucha, responsabilidad y amor infinito.

A mi hermano, David Cox, por confiarme su amor todos los días y, con su ejemplo, enseñarme a perseguir mis sueños sin importar las dificultades.

A mi abuela materna, Blanca Córdova, por enseñarme a nunca rendirme ante la adversidad y a superar cualquier obstáculo que la vida me presente.

A mi abuela paterna, Irma Medrano, por darme su amor todos los días sin importar lo que pase.

Y a mi abuelo, Víctor Cox, por ser un hombre sin par, por cultivar y cuidar a nuestra familia, por inculcar en mí el respeto y la consideración a las personas, por enseñarme que no existe nada más importante en la vida de un hombre que la honorabilidad y la familia, y por dejarme siempre en claro que “la mejor herencia es la educación”.

RESUMEN

La seguridad del paciente es un tema de mucha importancia que debe ser tratado, aplicado y estudiado. Con la propuesta de libro "Errar es humano" del Institute of Medicine (US) Committee on Quality Of Health Care In America, se ha establecido una serie de parámetros integrales entre sectores locales y estatales, lo cual se basa, principalmente, en el mejoramiento de la atención médica que pueda disminuir sustancialmente el número de eventos adversos ocasionados por errores en la atención sanitaria.

Es así que, este estudio, tuvo como finalidad determinar la percepción de los Docentes de la Facultad de Odontología de la Universidad de las Américas sobre la cultura de Seguridad del Paciente en la Institución. Para lo cual, se analizó el Índice de Actitudes Seguras (IAS), a través del Safety Attitudes Questionnaire, comparando el IAS entre docentes de acuerdo al tiempo que laboran en el Centro de Atención Odontológico e identificando las categorías donde los docentes perciben un IAS bajo, las cuales servirán de guía para el diseño y planificación de acciones de mejora.

Se evaluaron las seis escalas de la cultura que propone el SAQ: clima de trabajo en equipo, clima de seguridad, satisfacción laboral, percepciones del liderazgo, condiciones de trabajo y reconocimiento del estrés; los cuales arrojaron resultados por encima de la media aceptable sugerida por Sexton, con lo cual se pudo concluir que el nivel de la cultura de seguridad en el Centro de Atención Odontológico de la Facultad de Odontología de la Universidad de las Américas está sobre los valores meta que deben alcanzar las Instituciones Sanitarias.

ABSTRACT

Patient safety is a very important issue that must be treated, applied and studied. With the proposed book "Error es humano" of the Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America, a series of integral parameters has been established between local and state sectors, which is based, mainly, on the improvement of medical attention that can substantially reduce the number of adverse events caused by errors in health care.

Thus, this study aimed to determine the perception of teachers of the School of Dentistry of the University of the Americas on the culture of Patient Safety at the Institution. To this end, the Safe Attitudes Index (IAS) was analyzed through the Safety Attitudes Questionnaire, comparing the IAS among teachers according to the time they work in the Dental Care Center and identifying the categories where the teachers perceive an IAS under , which will serve as a guide for the design and planning of improvement actions.

The six scales of the culture proposed by the SAQ were evaluated: team work climate, safety climate, job satisfaction, leadership perceptions, working conditions and recognition of stress; which yielded results above the acceptable average suggested by Sexton, with which it was concluded that the level of safety culture in the Dental Care Center of the Faculty of Dentistry of the University of the Americas is about the target values that must reach the Health Institutions.

INDICE

1. CAPÍTULO I. ASPECTOS GENERALES	1
1.1. Introducción	1
1.2. Planteamiento del Problema.....	1
1.3. Justificación	3
1.4. Marco Teórico	4
1.4.1. Seguridad del paciente.....	4
1.4.1.1. Definición	4
1.4.1.2. Causas:.....	5
1.4.1.3. Medidas OMS	8
1.4.2. Cultura de seguridad	8
1.4.2.1. Definición	8
1.4.2.2. Características	9
1.4.2.3. Instrumentos de medición	11
1.4.2.4. Relación con la seguridad del paciente.....	14
1.5. Objetivos	15
1.5.1. Objetivo general	15
1.5.2. Objetivos específicos.....	15
1.6. Materiales y métodos	16
1.6.1. Tipo de estudio.....	16
1.6.2. Universo de la muestra.....	16
1.6.3. Muestra	16
1.6.4. Criterios de inclusión	17
1.6.5. Criterios de exclusión	17
1.6.6. Descripción del método	17
1.7. Resultados	20
1.7.1. Índice de actitudes seguras.....	25
1.8. Discusión.....	26

2. CONCLUSIONES.....	29
REFERENCIAS	31
ANEXOS	36

1. CAPÍTULO I. ASPECTOS GENERALES

1.1. Introducción

La cultura de seguridad es un planteamiento primordial en cualquier institución que preste servicios médicos, pero antes de ser puesta en práctica debe ser evaluada y comprendida. La evaluación de ésta es fundamental como estrategia para enfrentar la problemática de los eventos adversos. Esta evaluación se puede obtener de una manera concreta con la aplicación de cuestionarios validados que registren la percepción de los profesionales respecto a la cultura de seguridad del paciente en la Institución. Así, de esta manera; se puede planificar e implementar medidas para corregir, disminuir y eliminar falencias detectadas (Fontenele Lima de Carvalho R. et. Al., 2017, pp.2).

En el año 1999, el Instituto de Medicina de los Estados Unidos (IOM), publicó el reporte "To Err is Human" en el que afirmó que, entre 44000 y 98000 personas mueren cada año debido a eventos adversos producidos por la asistencia sanitaria (Kohn LT. et. Al., 1999). Por ello, se resalta la importancia de promover una cultura de seguridad del paciente en la práctica profesional con el objetivo de brindar el máximo de satisfacción y bienestar a los pacientes; se hace indispensable poseer bases teóricas sólidas (reportes de investigaciones, estudios documentales de revisión) que apoyen los procesos destinados al logro de las metas propuestas en cuanto a la garantía de la calidad de salud y soportar la capacitación de quienes participan directa o indirectamente en la seguridad del paciente y en su quehacer diario (Gómez, O., et. Al. 2011, pp. 363-374).

1.2. Planteamiento del Problema

La OMS define a la seguridad del paciente como la reducción del riesgo de daño innecesario asociado a la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable

(WHO, 2008). Este es un aspecto de suma importancia en la atención sanitaria, debido a que puede marcar la diferencia entre una atención sin eventos adversos y una atención con problemas ajenos al tratamiento principal; ocasionando, incluso, problemas legales posteriores para el operador.

De acuerdo a la OMS, un evento adverso es un incidente producido durante la atención sanitaria que produce daño a un paciente (WHO, 2009). En 1984 en Nueva York, se publicó el estudio “Harvard Medical Practice Study (HMPS)”, que estimó una incidencia de eventos adversos del 3,7%. En el 70% de estos pacientes el suceso adverso condujo a discapacidades leves o transitorias, en el 3% de los casos las discapacidades fueron permanentes y, en el 14% de los pacientes, contribuyeron a la muerte. El motivo de esta revisión era establecer el grado de negligencia en la ocurrencia de eventos adversos más no, medir la posibilidad de prevenirlos. (J.M. Aranaz Andrés, C. 2011, pp. 194-200).

Se puede observar que tiempo atrás, los estudios estaban encaminados en buscar responsabilidad por parte del personal de salud frente a algún evento con el paciente. Sin embargo, estudios de la Organización Mundial de la Salud mencionan que la seguridad del paciente está íntimamente relacionada con la cultura de seguridad de los miembros de una Organización; en la que no se debe castigar los errores, sino buscar disminuir su frecuencia a través del aprendizaje.

La 55ª Asamblea Mundial de la Salud aprobó en mayo de 2002 la resolución WHA55.18, en la que se pide a los Estados Miembros «que presten la mayor atención posible al problema de la seguridad del paciente, **para** que establezcan y consoliden sistemas de base científica, necesarios para mejorar la seguridad de los pacientes y la calidad de la atención sanitaria» (WHO, 2009).

De acuerdo a la OMS, una de las principales medidas para mejorar la seguridad del paciente es la cultura de seguridad de una organización, misma

que se define como el conjunto de aptitudes, valores, competencias y percepciones, que arrojan como resultado un patrón de comportamiento y comprometimiento de seguridad de cualquier ente o institución médica que, en lugar de ser sancionadora mediante la culpa y la punición, brinde al profesional la posibilidad de aprender de sus errores (Fontenele Lima de Carvalho R. et. Al., 2017, pp.2).

La cultura de seguridad de cualquier institución que preste servicios médicos, antes de ser puesta en práctica debe ser evaluada y comprendida. La evaluación de ésta es fundamental como estrategia para enfrentar la problemática de los eventos adversos. Esta evaluación se puede obtener de una manera concreta con la aplicación de cuestionarios validados que registren la percepción de los profesionales respecto a la cultura de seguridad del paciente en la Institución. Así, de esta manera; se puede planificar e implementar medidas para corregir, disminuir y eliminar falencias detectadas (Fontenele Lima de Carvalho R. et. Al., 2017, pp.2).

Por ello, la finalidad de este estudio fue determinar, mediante un cuestionario la percepción de la cultura de seguridad del paciente en los Docentes que laboran en el Centro de Atención Odontológico de la Facultad de Odontología de la Universidad de las Américas.

1.3. Justificación

La seguridad del paciente se enfoca en la reducción del riesgo de daño innecesario asociado a la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable (WHO, 2009). Sin embargo, de acuerdo a varios estudios, la seguridad del paciente es vulnerada debido a la alta frecuencia de eventos adversos.

En varios países latinoamericanos como México, Perú, Argentina, Costa Rica y Colombia se han realizado estudios sobre la cultura de seguridad de los miembros de las Instituciones de Salud. En el Ecuador, este tema aún no ha

sido priorizado por el Sistema Nacional de Salud, por lo tanto; a través de esta investigación se pretende conocer la percepción de la cultura de seguridad del paciente en los Docentes que laboran en el Centro de Atención Odontológico de la Facultad de Odontología de la Universidad de las Américas, para que, a través de la información obtenida se determine el nivel de la cultura de seguridad en la Institución, y en caso de que se requiera, se planifique y ejecute medidas que permitan mejorar este factor que está ampliamente relacionado con la seguridad del paciente.

1.4. Marco Teórico

1.4.1. Seguridad del paciente

1.4.1.1. Definición

La Organización Mundial de la Salud (OMS) de 2011 establece que la seguridad del paciente se relaciona con la reducción del riesgo de daño innecesario asociado con la atención médica a un mínimo aceptable. La OMS, define la atención insegura del paciente como un proceso o acto de omisión o comisión que resultó en condiciones médicas peligrosas y/o daños no intencionales al paciente (WHO, 2011).

La OMS (2008), define un evento adverso como “un incidente que produce daño a un paciente”. Un estudio realizado por Nélida Fernández Busso, titulado “Los eventos adversos y la calidad de atención: Estrategias para mejorar la seguridad de los pacientes pediátricos”; indica que un evento adverso es el resultado desfavorable por acción o por omisión de la atención médica que se produce como consecuencia de causas evitables, con el ajuste de normas y procedimientos (Fernández Busso, N., 2004. Pp. 402-10).

Rodríguez, Y. (2014), amplió la definición de evento adverso y manifiesta que es una situación que termina en daño no intencional al paciente como

consecuencia del cuidado proveniente o con ocasión de este, más que como consecuencia de la enfermedad de base y que puede conducir a la muerte, incapacidad o deterioro en el estado de salud del paciente, prolongación del tiempo de estancia hospitalaria e incremento de costos de no-calidad.

1.4.1.2. Causas:

La ocurrencia de eventos adversos en las instituciones de salud se debe a varios factores, pero se debe tener en cuenta que un eje importante y fundamental en la prestación de servicios de salud es el factor humano, y es tal vez, el componente más influyente ya que se ve enfrentado día a día a posibles eventos adversos, por distintas razones que se traducen en actitudes peligrosas y negativas como la no adherencia a guías y protocolos.

Desde que se empezó a dar importancia al tema de seguridad del paciente y de los eventos adversos en las instituciones hospitalarias, se ha intentado explicar el cómo y por qué suceden, por esta razón se han formulado modelos explicativos como el queso suizo de James Reason (Alarcon. D., Gil, L., 2015, pp. 23-25).

El modelo del queso suizo de James Reason plasma el hecho de que todo evento adverso está precedido de una serie de acontecimientos los cuales contribuyen a que se genere una reacción en cadena que termina en un daño al paciente. Sin embargo, si en algún momento alguien logra detenerla este podría ser un incidente o simplemente una situación de peligro. Es decir, el alineamiento de varios errores puede dar lugar a la aparición de una cadena de fallos, que aisladamente no hubiesen tenido relevancia, pero que cuando se agrupan conllevan a un resultado negativo. (Alarcon. D., Gil, L., 2015, pp. 23-25).

Reason, representó la producción de eventos adversos con lonchas de queso, las cuales tienen fallos que en este caso son los agujeros del mismo. Cuando estos agujeros se alinean se presenta el evento adverso. El debilitamiento en

las defensas ocurre básicamente por dos razones; las fallas activas y las fallas latentes. Las primeras están relacionadas con los actos inseguros de las personas que están a cargo de la atención en salud y, las segundas, incluyen factores contributivos que pueden permanecer en estado latente durante algún tiempo hasta que finalmente provocan un evento adverso. Entre estas están precondiciones para actos inseguros, supervisión no segura y aspectos organizacionales (Alarcon. D., Gil, L., 2015, pp. 23-25).

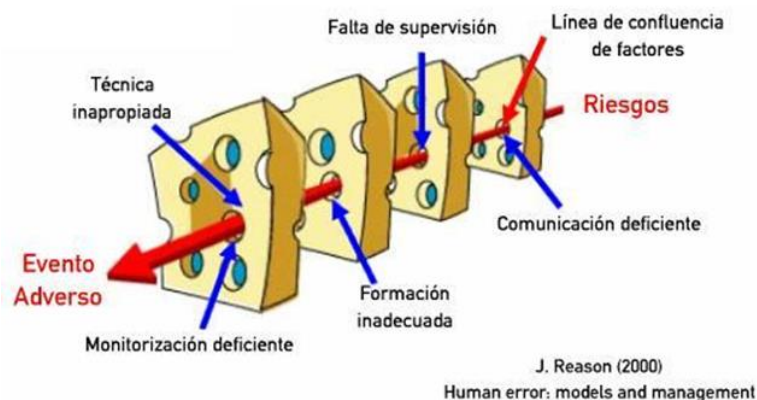


Figura 1. Human error models and management. Reason (2000)

Es de resaltar que es la propia organización la que crea sus barreras de seguridad y que desde la dirección de la misma se debe generar la cultura de seguridad, basada en estándares y regulaciones que creen un ambiente que no choque con las defensas organizacionales y, que sean realmente efectivas para no ocasionar daño alguno a los pacientes. El planteamiento del modelo del queso suizo se basa en la identificación de aspectos o decisiones en la organización que pudieron haber sido un factor condicionante de un evento adverso, y del cómo se puede aprender de este perfeccionando sus defensas en un ciclo de mejora continua (Alarcon. D., Gil, L., 2015, pp. 23-25).

En Latinoamérica, el Estudio IBEAS, desarrollado en México, Perú, Argentina, Costa Rica y Colombia, señala que la incidencia de los eventos adversos es de 11.85% y su evitabilidad es del 65%. En este estudio se evidenció que los eventos adversos están relacionados con: los cuidados en el 13.27%, uso de medicación 8.23%, infecciones nosocomiales 37.14%, algún procedimiento

28.69% y diagnóstico 6.15%. También, el 62.9% de los eventos adversos aumentó con los días de estancia, con una media de 16.1 días y en el 18.2% motivaron el reingreso. Finalmente, se concluyó que casi la mitad de los casos pudieron haber sido prevenibles (Echevarría Zuno, S. et al. 2011, pp. 163-169).

Otro estudio importante, fue el publicado por el Ministerio de Sanidad Española en el año 2006, llamado “Estudio Nacional sobre Eventos Adversos en la Asistencia Hospitalaria” (ENEAS) cuyos resultados se concluyó que en los hospitales españoles el 9,3% de los pacientes sufren algún EA, cifra similar a la de los países desarrollados de nuestro entorno. En este estudio, las causas más frecuentes de los EA son las relacionadas con el uso de medicamentos, las infecciones relacionadas con la atención sanitaria (IRAS) y las relacionadas con los procedimientos quirúrgicos. Este estudio confirmó otro dato preocupante: aproximadamente la mitad de los EA son evitables.

En el año 2008 se publicaron los resultados del estudio de Eventos Adversos en la Atención Primaria (APEAS). La prevalencia de EA fue de 11,18%. (Universidad Internacional de La Rioja 2008).

“To Err Is Human” es una campaña, la cual se basa en el juzgamiento de los errores médicos sin apuntalar a los profesionales de la salud, sino plantear que errar es humano y, mientras se cumplan todos los protocolos de atención establecidos, los errores pueden ser parte de la práctica médica cotidiana, debido a que los médicos también son humanos. Sin embargo, el libro del “Institute of Medicine (US) Committee on Quality Of Health Care In America, ha propuesto y establecido una serie de parámetros integrales entre sectores locales y estatales, la cual se basa, principalmente, en el mejoramiento de la atención médica que pueda disminuir sustancialmente el número de eventos adversos ocasionados por errores humanos (Institute of Medicine (US) Committee on Quality Of Health Care In America; Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors., 2000).

1.4.1.3. Medidas OMS

Las medidas adoptadas para reducir el riesgo se definen como acciones encaminadas a reducir, gestionar o controlar futuros daños asociados a un incidente o la probabilidad de que se produzcan. Las acciones proactivas se adelantan al análisis probabilístico del riesgo, mientras que, las reactivas son las que se adoptan en función de los conocimientos adquiridos tras un incidente (WHO, 2009).

Los incidentes producidos en el paciente, también afectan a las organizaciones sanitarias. El resultado para la organización se define como las repercusiones en la organización total o parcialmente atribuibles a un incidente (por ejemplo, la publicidad negativa o el uso de más recursos (WHO, 2009).

Una mejora del sistema, es el resultado o consecuencia de la cultura organizacional, los procesos y las estructuras que están dirigidos a prevenir fallos del sistema y a mejorar la seguridad y la calidad. Los factores de mejora relacionados con el paciente son medidas adoptadas o circunstancias alteradas con el fin de reparar el daño sufrido por el paciente, por ejemplo, la fijación de una fractura tras una caída. A su vez, los relacionados con el sistema de atención sanitaria, reducen las pérdidas o daños que un incidente pueda causar a una organización; por ejemplo, una buena gestión de las relaciones públicas tras una catástrofe con gran repercusión pública puede mejorar los efectos sobre la reputación del establecimiento sanitario (WHO, 2009).

1.4.2. Cultura de seguridad

1.4.2.1. Definición

La cultura de seguridad se define como “el conjunto de valores y normas comunes a los individuos dentro de una misma organización e implica un modelo mental compartido que posiciona la seguridad como un objetivo común

a perseguir, de manera que los individuos y la organización están comprometidos con los programas de seguridad del paciente”. (Rocco, C., Garrido, A. 2017, pp. 785-795).

La reducción del riesgo de daños innecesarios asociados con la asistencia de salud hasta un mínimo aceptable es una cuestión reconocida a nivel mundial como un componente importante para el logro de la seguridad del paciente y calidad de servicio (Camargo, G., et. Al., 2014. 13(33), pp. 336-348).

En los servicios de salud, la calidad se ha convertido en una ventaja competitiva para las organizaciones hospitalarias. La sociedad exige cada vez más la excelencia en los servicios que a ella son prestados, lo que hace que sea esencial la creación y adecuación en los procesos organizacionales y el desarrollo de una cultura organizacional y de seguridad en la asistencia a los pacientes (Camargo, G., et. Al., 2014. 13(33), pp. 336-348).

La cultura organizacional es la personalidad de la organización y, como tal, se manifiesta en sus políticas, decisiones y cotidiano de su funcionamiento diario, en las formas con que las personas interaccionan entre sí, cómo hacen su trabajo y comunican entre sí. Con el análisis de la cultura organizacional de un determinado servicio, es posible identificar cómo es la institución, lo que pretende ser y lo que su gestión es capaz de realizar con sus fuerzas y debilidades para lograr la calidad y desarrollar una cultura centrada en la seguridad del paciente (Camargo, G., et. Al., 2014. 13(33), pp. 336-348).

1.4.2.2. Características

El término “cultura de seguridad” engloba varios tópicos en toda su amplitud. Específicamente plantea lineamientos de conocimiento y actitudes que incentivan a mantener y promover un correcto manejo del paciente en la atención médica. Conociendo los niveles elevados de muerte o de problemas ajenos al tratamiento principal, las instituciones que brinden salud deben

acoplar medidas de seguridad mínimas para evitar, en medida de lo posible y sin dejar de lado que errar es humano, eventos adversos que en lugar de solucionar problemas al paciente, creen uno nuevo o incluso que se llegue hasta la muerte del mismo (Gómez Ramírez, O., et al. 2011. 17(3), 97-111).

La cultura de seguridad incluye factores humanos, técnicos, organizativos y culturales (Rocco, C., Garrido, A. 2017, pp. 785-795). Se puede asumir como principio básico que cada profesional es un sujeto competente y responsable, que tiene como base de su actuación no generar daño. Elementos propios del paciente, de las tareas o procedimientos, de la estructura físico ambiental, del equipamiento técnico y del lugar físico donde se produce la asistencia sanitaria; son causas de que los eventos adversos puedan presentarse de forma más frecuente de lo deseado (Rockville, W. et. Al., 2016).

En las instituciones de salud, la cultura de la seguridad está emergiendo como uno de los requisitos esenciales para evitar la ocurrencia de incidentes, a través de la gestión del riesgo en el que los profesionales comunican los errores y actúan de forma proactiva en el rediseño de los procesos para evitar nuevos incidentes (Camargo, G., et. Al., 2014. 13(33), pp. 336-348).

Las organizaciones de salud con una cultura de seguridad positiva se caracterizan por una comunicación abierta y basada en la confianza mutua, gestión del riesgo, por percepciones comunes acerca de la importancia de la seguridad y el aprendizaje organizacional y por la confianza en la eficacia de las medidas preventivas. En ese sentido, un motivo adicional para lograr una cultura de seguridad positiva es el estímulo a la notificación de incidentes por el profesional, que es considerada una herramienta eficaz para mejorar la calidad y seguridad del establecimiento (Camargo, G., et. Al., 2014. 13(33), pp. 336-348).

1.4.2.3. Instrumentos de medición

Existen diferentes tipos de instrumentos para la medición de “la cultura de seguridad en un sistema de salud”, a continuación se detallan dos cuestionarios que han sido ampliamente utilizados para este fin:

a. Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC):

La Agencia para la Investigación y Calidad de la Atención Médica (AHRQ) y el Grupo de Trabajo de Errores Médicos del Grupo de Trabajo de Coordinación Interinstitucional de Calidad (QuIC) patrocinó el desarrollo de la Encuesta Hospitalaria sobre Cultura de Seguridad del Paciente. La encuesta del hospital está diseñada específicamente para el personal del hospital y solicita sus opiniones sobre la cultura de la seguridad del paciente en sus hospitales (Rockville, W. et. Al., 2016).

Aunque algunos autores consideran que no todos los elementos incluidos en esta herramienta son válidos y generalizables, esta encuesta puede ser usada para:

- Aumentar la conciencia del personal sobre la seguridad del paciente.
- Evaluar el estado actual de la cultura de seguridad del paciente.
- Identificar fortalezas y áreas para la mejora de la cultura de seguridad del paciente.
- Evaluar el impacto cultural de las iniciativas e intervenciones de seguridad del paciente, y realizar comparaciones dentro y entre organizaciones (Rockville, W. et. Al., 2016).

b. Safety Attitudes Questionnaire SAQ) (FDA, 2017):

El Cuestionario de Actitudes de Seguridad (SAQ) es un refinamiento del Cuestionario de Actitudes de Gestión de la Unidad de Cuidados Intensivos, que

se deriva de un cuestionario ampliamente utilizado en aviación comercial, el Cuestionario de Actitudes de Gestión de Vuelo (FMAQ). El FMAQ se creó después de que los investigadores descubrieran que la mayoría de los accidentes aéreos se debían a fallas en los aspectos interpersonales del desempeño de la tripulación, como el trabajo en equipo, el liderazgo, la comunicación y la toma de decisiones en colaboración. El FMAQ, por lo tanto, mide las actitudes de los miembros de la tripulación sobre estos temas (Sexton, J. et. Al., 2006).

Debido a que el 25% de los ítems de FMAQ demostraron utilidad en entornos médicos, se conservaron en el SAQ. El SAQ se afianza en el modelo conceptual de Donabedian, para evaluar la calidad. Los ítems fueron evaluados a través de pruebas piloto y análisis de factores exploratorios (Sexton, J. et. Al., 2006).

Un modelo citado en la literatura científica en salud es la propuesta de Donabedian (1966, 1984), quien establece indicadores para evaluar la calidad de la atención médica agrupados en estructura, proceso y resultados. Los de estructura son todos los atributos materiales y organizacionales relativamente estables, así como los recursos humanos y financieros disponibles en los sitios en los que se proporciona atención. Los de proceso se refieren a lo que los médicos y proveedores son capaces de hacer por los pacientes, y a la interrelación con las actividades de apoyo diagnosticadas, además de las actitudes, las habilidades, la destreza y la técnica con que lo llevan a cabo, incluido aquello que los pacientes son capaces de hacer por sí mismos. Los de resultado son los referidos a la variación de los niveles de salud y a la satisfacción del paciente con la atención recibida, la cual otorga a esto último una importancia mayor, dado por la necesidad cada vez más creciente de satisfacer las expectativas del usuario mediante un servicio de mayor calidad (Torres, M., 2011).

Esta fase del desarrollo de la encuesta proporcionó consistentemente seis dominios de actitud derivados de factores analíticos. Tres de los temas

específicos; el clima de seguridad, el clima de trabajo en equipo y el reconocimiento del estrés surgieron como factores. En particular, el clima de seguridad y el reconocimiento del estrés son conceptualmente bastante similares a sus contrapartes en la aviación (Sexton, J. et. Al., 2006).

El cuarto tema específico, clima organizacional, surgió constantemente como tres factores distintos pero relacionados; percepciones de gestión, condiciones de trabajo y satisfacción laboral. El clima organizacional juega un papel decisivo en el establecimiento de las condiciones previas para el éxito o el fracaso en la gestión de los riesgos y, por lo tanto, se conserva estos tres factores como parte de la evaluación de la actitud de seguridad (Sexton, J. et. Al., 2006).

En este estudio se ha decidido utilizar el Cuestionario de Actitudes de Seguridad (SAQ), debido a que es un cuestionario psicométrico autoinformado, desarrollado para medir las actitudes de seguridad de los trabajadores de primera línea. En los últimos años, ha sido el cuestionario más utilizado para medir la cultura de la seguridad. La Red Europea para la Seguridad del Paciente ha recomendado el SAQ como una de las tres herramientas efectivas (junto con la Encuesta Hospitalaria sobre Cultura de Seguridad del Paciente y el Marco de Evaluación de Seguridad del Paciente de Manchester) para ser utilizado en la investigación de seguridad del paciente (Nguyen, G., et. Al. 2015, pp. 15, 284).

Este cuestionario ha sido validado de forma intercultural en diferentes idiomas, incluidos el inglés (Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research), el noruego (Psychometric properties of the Norwegian version of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) - Generic version (Short Form 2006), el turco (The Turkish version of the safety attitudes questionnaire: psychometric properties and baseline data), el holandés (Content validity and internal consistency of the Dutch translation of the Safety Attitudes Questionnaire: an observational study), el chino (Hospital safety

culture in Taiwan: a nationwide survey using Chinese version Safety Attitude Questionnaire.), el sueco (Assessing safety culture in pharmacies: the psychometric validation of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) in a national sample of community pharmacies in Sweden.), el alemán ([Developing a questionnaire to assess the safety climate in general practices (FraSiK): transcultural adaptation--a method report].), el portugués (Cross-cultural adaptation of the Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006 for Brazil.), etc. Todos estos estudios han demostrado que el SAQ posee buenas propiedades psicométricas en diferentes idiomas. Además, cuando el cuestionario está validado externamente, los puntajes altos de los factores de seguridad del SAQ han demostrado mejoras en el entorno de seguridad, como tasas más bajas de errores médicos y mortalidad hospitalaria, menor tiempo de hospitalización o mejores condiciones de trabajo, como menores tasas de rotación de enfermeras (Nguyen, G., et. Al. 2015, pp. 15, 284).

1.4.2.4. Relación con la seguridad del paciente

La ausencia de cultura de seguridad puede implicar que ciertos comportamientos de riesgo se conviertan en normas, por lo que, es crucial el fomento de las prácticas seguras en la organización, evaluando continuamente las consecuencias. Esto permite reevaluar los hábitos entendidos como “normales” y plantear estandarización de prácticas y desarrollo de guías consensuadas de práctica clínica, con el apoyo de la evidencia científica. Esta estandarización de las prácticas permite unificar los criterios y actuaciones en las organizaciones sanitarias, sin embargo; los profesionales experimentados suelen tener comportamientos asentados en fuertes convicciones, que a veces entran en conflicto con dicha estandarización: un buen ejemplo es la implementación del listado de verificación quirúrgica (LVQ) de la OMS que ha suscitado resistencias (Rocco, C., Garrido, A. 2017, pp. 785-795).

En el año 2000 se publicó en la revista *British Medical Journal* “La Anestesiología como modelo de seguridad del paciente”, enfocado hacia un

conjunto de estrategias para minimizar el error humano y el riesgo para los pacientes en la práctica de la anestesia. Importantes estudios epidemiológicos en anestesia muestran que en esta especialidad se ha generado un interesante ejemplo de mejora en la seguridad del paciente, con una disminución de 100 veces la tasa de mortalidad anestésica, motivo por el cual se cita a menudo como la única especialidad en la atención sanitaria que ha alcanzado la tasa de defecto sigma 6 o six sigma, que se utiliza para describir un proceso libre de defectos 99.99966% (3,4 defectos por millón) y a menudo se ve como el objetivo a conseguir en cualquier proceso de fabricación o en la industria del transporte.

1.5. Objetivos

1.5.1. Objetivo general

Determinar la percepción de los Docentes de la Facultad de Odontología de la Universidad de las Américas sobre la cultura de Seguridad del Paciente en la Institución.

1.5.2. Objetivos específicos

- a.** Analizar el Índice de Actitudes Seguras (IAS), a través del Safety Attitudes Questionnaire, de los Docentes que laboran en el Centro de Atención Odontológico de la Facultad de Odontología de la Universidad de las Américas
- b.** Comparar el IAS entre docentes de acuerdo al tiempo que laboran en el Centro de Atención Odontológico de la Facultad de Odontología de la Universidad de las Américas.
- c.** Identificar las categorías donde los docentes perciben un IAS bajo, las cuales servirán de guía para el diseño y planificación de acciones de mejora.

1.6. Materiales y métodos

1.6.1. Tipo de estudio

De acuerdo al enfoque, el presente estudio es cuantitativo ya que, a través de un cuestionario (SAQ), se cuantificó las variables requeridas para conocer la percepción de los Docentes sobre la cultura de seguridad en el C.A.O. De acuerdo a Sexton los valores obtenidos a partir de este cuestionario >60%, son considerados aceptables, sin embargo, toda institución sanitaria debe perseguir los valores meta >80%, lo cual es un indicador de una cultura de seguridad enfocada en el paciente.

En cuanto a la cronología de los hechos, es de tipo transversal, debido a que la información requerida se obtuvo en un solo tiempo determinado.

1.6.2. Universo de la muestra

El universo de la presente investigación estuvo determinado por 54 Docentes que desempeñan sus funciones como tutores guía de los estudiantes en el Centro de Atención Odontológico de la Universidad de las Américas.

1.6.3. Muestra

La muestra seleccionada para este estudio con el 95% de confianza y 5% de error, estuvo conformada por 47 docentes.

Tabla 1
Muestra

Nivel de Confianza (NC)	95%
Población (N)	54
Proporción (p)	0,5
Error deseado (e)	5,0%

Constante (k)	1,96
Proporción (q)	0,5

Tamaño de la Muestra es:	47
---------------------------------	----

1.6.4. Criterios de inclusión

Los Docentes que desempeñen sus funciones como tutores guía en el Centro de Atención Odontológica, durante el Periodo Académico 2018-2, mediante la fórmula de media de muestra han sido considerados para el análisis posterior del Índice de Actitudes Seguras.

1.6.5. Criterios de exclusión

Docentes que solo desempeñen funciones académicas y no como tutores guía en el Centro de Atención Odontológica de la Universidad de las Américas.

1.6.6. Descripción del método

La presente investigación se desarrolló mediante “The Safety Attitudes Questionnaire (SAQ)”. Mediante el SAQ, se obtuvo el Índice de Actitudes Seguras (IAS) de los Docentes de la Facultad de Odontología – UDLA, en las seis escalas de la cultura: clima de trabajo en equipo, clima de seguridad, satisfacción laboral, percepciones del liderazgo, condiciones de trabajo y reconocimiento del estrés. El contenido del cuestionario fue traducido íntegramente al idioma español, además de que su recolección fue de forma física y directa hacia los docentes. Para el análisis se utilizó como programa estadístico el SPSS versión 21.

Tabla 2
Descripción del método

Variable	Definición Conceptual	Tipo	Escala de Medición	Categoría/Valor
Tiempo de trabajo	Período de tiempo que el individuo desempeña su labor.	Cuantitativo	Númerica	1= 6 meses 2= 1 año 2= 2 años 3= 3 años 4= 4 años o más
Especialidad	Rama de una ciencia, arte o técnica a la que se dedica una persona.	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Endodoncia Periodoncia Rehabilitación Oral Ortodoncia Odontología General Odontopediatría
Clima de trabajo en equipo	Percebe la calidad de colaboración entre el personal.	Dicotómica	Nominal	1. SI 2. NO
Satisfacción del trabajo	Positividad sobre la experiencia laboral.	Dicotómica	Nominal	1. SI 2. NO

Percepción de la gestión	Aprobación de la acción gerencial.	Dicotómica	Nominal	1. SI 2. NO
Clima de seguridad	Percepción de un fuerte compromiso proactivo de la organización con la seguridad.	Dicotómica	Nominal	1. SI 2. NO
Condiciones de trabajo	Calidad percibida del ambiente de trabajo y apoyo logístico (dotación de personal, equipamiento, etc.).	Dicotómica	Nominal	1. SI 2. NO
Reconocimiento de estrés	Reconocimiento de cómo el rendimiento está influenciado por factores estresantes.	Dicotómica	Nominal	1. SI 2. NO

1.7. Resultados

A 47 docentes que laboran en el Centro de Atención Odontológico en la Facultad de Odontología de la Universidad de las Américas, se aplicó la encuesta "The Safety Attitudes Questionnaire", obteniendo los siguientes resultados:

Variable Clima de Trabajo en Equipo según tiempo de trabajo

Si la puntuación del dominio - clima de trabajo en equipo -, es baja; es decir, con menos del 60% respuestas positivas, es un indicador de que los miembros de una organización sienten que no hay cooperación entre los compañeros de trabajo, que su voz no es escuchada por los directivos y que sus esfuerzos no son respaldados. Estos sentimientos pueden afectar el comportamiento del personal y por consiguiente el resultado de los pacientes. Los resultados obtenidos en esta categoría muestran ser favorables $\geq 60\%$ en todas las preguntas realizadas: aspectos docentes (facilidad para realizar preguntas, apoyo entre docentes para tratar al paciente), y clínicos (consenso en la atención a pacientes y coordinación del trabajo en equipo).

Tabla 3
Categoría clima de trabajo en equipo

CATEGORÍA CLIMA DE TRABAJO EN EQUIPO													
		¿Tengo el apoyo que necesito del personal docente y administrativo para atender a los pacientes?		¿El aporte del Docente es bien recibido en este Centro de Atención Odontológico?		¿Es fácil para el personal docente de este Centro De Atención Odontológico hacer preguntas cuando hay alguna situación que no entienden (procesos y procedimientos clínicos y administrativos)?		¿En este Centro de Atención Odontológico, es difícil comunicarse si percibo un problema con la atención del paciente?		¿Los desacuerdos en este Centro de Atención Odontológico se resuelven adecuadamente (es decir, lo mejor para el paciente)?		¿Los docentes y los estudiantes trabajan juntos como un equipo bien coordinado?	
		NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI
0,5	Frecuencia	0	5	0	5	0	5	5	0	0	5	1	4
	Equivalencia en %	0,00%	10,60%	0,00%	10,60%	0,00%	10,60%	10,60%	0,00%	0,00%	10,60%	2,10%	8,50%
1	Frecuencia	1	7	1	7	1	7	7	1	1	7	1	7
	Equivalencia en %	2,10%	14,90%	2,10%	14,90%	2,10%	14,90%	14,90%	2,10%	2,10%	14,90%	2,10%	14,90%
2	Frecuencia	0	7	0	7	0	7	5	2	0	7	0	7
	Equivalencia en %	0,00%	14,90%	0,00%	14,90%	0,00%	14,90%	10,60%	4,30%	0,00%	14,90%	0,00%	14,90%
3	Frecuencia	0	11	0	11	0	11	10	1	0	11	1	10
	Equivalencia en %	0,00%	23,40%	0,00%	23,40%	0,00%	23,40%	21,30%	2,10%	0,00%	23,40%	2,10%	21,30%
4	Frecuencia	0	16	1	15	0	16	14	2	1	15	3	13
	Equivalencia en %	0,00%	34,00%	2,10%	31,90%	0,00%	34,00%	29,80%	4,30%	2,10%	31,90%	6,40%	27,70%
Total	Frecuencia	1	46	2	45	1	46	41	6	2	45	6	41
	Equivalencia en %	2,10%	97,90%	4,30%	95,70%	2,10%	97,90%	87,20%	12,80%	4,30%	95,70%	12,80%	87,20%

Variable Clima de Seguridad según tiempo de trabajo

La puntuación del clima de seguridad también es predictor de los resultados clínicos. Cuando los integrantes de una organización reportan un clima de seguridad bajo, esta es una alerta de que no perciben un verdadero énfasis en la seguridad. El clima de seguridad está significativamente relacionado a la seguridad, tanto del paciente como del profesional. De acuerdo a Sexton, las puntuaciones bajas en esta categoría, son críticas de abordar.

Los resultados de esta categoría, muestran estar por encima de los valores favorables; es decir, la percepción sobre el clima de trabajo en los docentes es positiva.

Tabla 4
Categoría clima de seguridad

CATEGORÍA CLIMA DE SEGURIDAD															
		¿La cultura (actitudes, experiencias, y comportamiento del personal) en este Centro de Atención Odontológico, hace que sea fácil aprender de los desaciertos de los demás?		¿Los errores en la atención odontológica se manejan adecuadamente en este Centro de Atención Odontológico?		¿Conozco los canales/filtros adecuados para dirigir preguntas con respecto a la seguridad del paciente en este Centro de Atención Odontológico?		¿En el Centro de Atención Odontológico me animan a informar cualquier inquietud sobre la seguridad del paciente que pueda tener?		¿En este Centro de Atención Odontológico recibo comentarios apropiados sobre mi desempeño por parte de los docentes y la administración?		¿Me sentiría seguro siendo tratado aquí como paciente?		¿En este Centro de Atención Odontológico, es difícil discutir los errores?	
		NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI
0,5	Frecuencia	1	4	0	5	0	5	0	5	1	4	0	5	4	1
	Equivalencia en %	2,10%	8,50%	0,00%	10,60%	0,00%	10,60%	0,00%	10,60%	2,10%	8,50%	0,00%	10,60%	8,50%	2,10%
1	Frecuencia	1	7	1	7	0	8	0	8	1	7	1	7	4	4
	Equivalencia en %	2,10%	14,90%	2,10%	14,90%	0,00%	17,00%	0,00%	17,00%	2,10%	14,90%	2,10%	14,90%	8,50%	8,50%
2	Frecuencia	0	7	0	7	0	7	0	7	1	6	1	6	5	2
	Equivalencia en %	0,00%	14,90%	0,00%	14,90%	0,00%	14,90%	0,00%	14,90%	2,10%	12,80%	2,10%	12,80%	10,60%	4,30%
3	Frecuencia	0	11	0	11	1	10	2	9	1	10	0	11	10	1
	Equivalencia en %	0,00%	23,40%	0,00%	23,40%	2,10%	21,30%	4,30%	19,10%	2,10%	21,30%	0,00%	23,40%	21,30%	2,10%
4	Frecuencia	4	12	0	16	5	11	4	12	3	13	7	9	13	3
	Equivalencia en %	8,50%	25,50%	0,00%	34,00%	10,60%	23,40%	8,50%	25,50%	6,40%	27,70%	14,90%	19,10%	27,70%	6,40%
Total	Frecuencia	6	41	1	46	6	41	6	41	7	40	9	38	36	11
	Equivalencia en %	12,80%	87,20%	2,10%	97,90%	12,80%	87,20%	12,80%	87,20%	14,90%	85,10%	19,10%	80,90%	76,60%	23,40%

Variable Satisfacción Laboral según tiempo de trabajo

Esta categoría muestra valores positivos, superiores a la meta sugerida por Sexton: $\geq 80\%$ sobre las experiencias en el trabajo.

Tabla 5
Categoría satisfacción laboral

CATEGORÍA SATISFACCIÓN LABORAL											
		¿Este Centro de Atención Odontológico es un buen lugar para trabajar?		¿Estoy orgulloso/a de trabajar en este Centro de Atención Odontológico?		¿Trabajar en este Centro de Atención Odontológico es como ser parte de una gran familia?		¿La moral del Centro de Atención Odontológico es alta?		¿Me gusta mi trabajo?	
		NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI
0,5	Frecuencia	0	5	0	5	0	5	0	5	0	5
	Equivalencia en %	0,00%	10,60%	0,00%	10,60%	0,00%	10,60%	0,00%	10,60%	0,00%	10,60%
1	Frecuencia	1	7	1	7	1	7	0	8	0	8
	Equivalencia en %	2,10%	14,90%	2,10%	14,90%	2,10%	14,90%	0,00%	17,00%	0,00%	17,00%
2	Frecuencia	0	7	0	7	0	7	1	6	0	7
	Equivalencia en %	0,00%	14,90%	0,00%	14,90%	0,00%	14,90%	2,10%	12,80%	0,00%	14,90%
3	Frecuencia	0	11	0	11	0	11	0	11	0	11
	Equivalencia en %	0,00%	23,40%	0,00%	23,40%	0,00%	23,40%	0,00%	23,40%	0,00%	23,40%
4	Frecuencia	0	16	0	16	5	11	0	16	0	16
	Equivalencia en %	0,00%	34,00%	0,00%	34,00%	10,60%	23,40%	0,00%	34,00%	0,00%	34,00%
Total	Frecuencia	1	46	1	46	6	41	1	46	0	47
	Equivalencia en %	2,10%	97,90%	2,10%	97,90%	12,80%	87,20%	2,10%	97,90%	0,00%	100,00%

Variable Reconocimiento del Estrés según el tiempo de trabajo

Se presentan puntuaciones ligeramente por encima del rango positivo ($> 60\%$), lo que demuestra una considerable conciencia de que la fatiga y la presión afectan el desempeño durante la atención al paciente. Las puntuaciones bajas predisponen a una mayor ocurrencia de eventos centinela.

Los resultados en esta categoría superan los valores favorables; sin embargo, la puntuación del ítem “¿La fatiga afecta mi desempeño durante situaciones de emergencia (por ejemplo, manejo de shock anafiláctico, convulsiones)?”, se encuentra por debajo de los valores aceptables mostrando que solo el 55,30% de docentes percibe fatiga y la presión por la fatiga durante este tipo de situaciones.

Tabla 6
Categoría reconocimiento de estrés

CATEGORÍA RECONOCIMIENTO DE ESTRÉS									
		¿Cuando mi carga de trabajo se vuelve excesiva, mi rendimiento se ve perjudicado?		¿Tengo más probabilidades de cometer errores en situaciones tensas u hostiles?		¿La fatiga afecta mi desempeño durante situaciones de emergencia (por ejemplo, manejo de shock anafiláctico, convulsiones)?		¿Soy menos efectivo en el trabajo cuando estoy fatigado?	
		NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI
0,5	Frecuencia	0	5	2	3	3	2	3	2
	Equivalencia en %	0,00%	10,60%	4,30%	6,40%	6,40%	4,30%	6,40%	4,30%
1	Frecuencia	4	4	4	4	4	4	5	3
	Equivalencia en %	8,50%	8,50%	8,50%	8,50%	8,50%	8,50%	10,60%	6,40%
2	Frecuencia	2	5	2	5	5	2	2	5
	Equivalencia en %	4,30%	10,60%	4,30%	10,60%	10,60%	4,30%	4,30%	10,60%
3	Frecuencia	4	7	2	9	4	7	2	9
	Equivalencia en %	8,50%	14,90%	4,30%	19,10%	8,50%	14,90%	4,30%	19,10%
4	Frecuencia	6	10	5	11	5	11	5	11
	Equivalencia en %	12,80%	21,30%	10,60%	23,40%	10,60%	23,40%	10,60%	23,40%
Total	Frecuencia	16	31	15	32	21	26	17	30
	Equivalencia en %	34,00%	66,00%	31,90%	68,10%	44,70%	55,30%	36,20%	63,80%

Variable Percepción de la Gestión según el tiempo de trabajo

Es indispensable que los líderes realicen un gestión más cercana al personal, relacionada con el trabajo en equipo y promoviendo la cultura de seguridad. Los elementos de esta categoría se enfocan en valorar el acceso a los directivos, interacción con los miembros del equipo, retroalimentación y determinación de las expectativas. Los ítems en esta categoría resultaron por encima de los valores favorables (>80%).

Tabla 7
Categoría percepciones de la Gestión

CATEGORÍA PERCEPCIONES DE LA GESTIÓN									
		¿La administración del Centro de Atención Odontológico compromete a trabajar por la seguridad de los pacientes?		¿La administración del Centro de Atención Odontológico apoya mis esfuerzos diarios?		¿Recibo información adecuada y oportuna sobre los eventos en el Centro de Atención Odontológico que podrían afectar mi trabajo?		¿Los niveles de personal en esta área clínica son suficientes para manejar la cantidad de pacientes?	
		NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI
0,5	Frecuencia	0	5	1	4	1	4	0	5
	Equivalencia en %	0,00%	10,60%	2,10%	8,50%	2,10%	8,50%	0,00%	10,90%
1	Frecuencia	2	6	1	7	0	8	2	6
	Equivalencia en %	4,30%	12,80%	2,10%	14,90%	0,00%	17,00%	4,30%	13,00%
2	Frecuencia	0	7	1	6	0	7	0	6
	Equivalencia en %	0,00%	14,90%	2,10%	12,80%	0,00%	14,90%	0,00%	13,00%
3	Frecuencia	1	10	0	11	0	11	3	8
	Equivalencia en %	2,10%	21,30%	0,00%	23,40%	0,00%	23,40%	6,50%	17,40%
4	Frecuencia	0	16	4	12	4	12	4	12
	Equivalencia en %	0,00%	34,00%	8,50%	25,50%	8,50%	25,50%	8,70%	26,10%
Total	Frecuencia	3	44	7	40	5	42	9	37
	Equivalencia en %	6,40%	93,60%	14,90%	85,10%	10,60%	89,40%	19,60%	80,40%

Variable de Condiciones de Trabajo según el tiempo de trabajo

Esta categoría es un predictor de la calidad percibida sobre el ambiente de trabajo y apoyo logístico dentro de una institución. Los resultados obtenidos muestran puntuaciones por encima de los valores aceptables (>60%).

Tabla 8
Categoría condiciones de trabajo

CATEGORÍA CONDICIONES DE TRABAJO									
		¿Toda la información necesaria para las decisiones de diagnóstico y terapéuticas es rutinariamente disponible para mí?		¿Este Centro de Atención Odontológico trata constructivamente los problemas con docentes y empleados?		¿Los alumnos en mi disciplina están supervisados adecuadamente?		¿Este Centro de Atención Odontológico hace un buen trabajo entrenando personal nuevo (docentes, ayudante de clínica, personal administrativo)?	
		NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI
0,5	Frecuencia	0	5	0	5	0	5	0	5
	Equivalencia en %	0,00%	10,60%	0,00%	10,60%	0,00%	10,60%	0,00%	10,90%
1	Frecuencia	1	7	1	7	1	7	2	6
	Equivalencia en %	2,10%	14,90%	2,10%	14,90%	2,10%	14,90%	4,30%	13,00%
2	Frecuencia	0	7	1	6	1	6	0	7
	Equivalencia en %	0,00%	14,90%	2,10%	12,80%	2,10%	12,80%	0,00%	15,20%
3	Frecuencia	0	11	0	11	0	11	1	10
	Equivalencia en %	0,00%	23,40%	0,00%	23,40%	0,00%	23,40%	2,20%	21,70%
4	Frecuencia	0	16	0	16	2	14	2	13
	Equivalencia en %	0,00%	34,00%	0,00%	34,00%	4,30%	29,80%	4,30%	28,30%
Total	Frecuencia	1	46	2	45	4	43	5	41
	Equivalencia en %	2,10%	97,90%	4,30%	95,70%	8,50%	91,50%	10,90%	89,10%

1.7.1. Índice de actitudes seguras

Tabla 9
Índice de actitudes seguras

N	Válido	47
	Perdidos	0
Media		*87,2
Mediana		90
Moda		86,7 ^a
Desviación estándar		*12,
Mínimo		26,7
Máximo		100,00

Los docentes que laboran en el Centro de Atención Odontológico presentaron un Índice de Actitudes Seguras con una media de IAS 87,2 (D.E. 12), por encima de los valores meta sugeridos por Sexton, $\geq 80\%$

1.8. Discusión

En el año 2006, se publicó el “Estudio Nacional sobre Eventos Adversos en la Asistencia Hospitalaria” (ENEAS), cuyos resultados mostraron que en los hospitales españoles el 9,3% de los pacientes sufren algún EA, cifra similar a la de los países desarrollados de nuestro entorno. El mal estado de la infraestructura y de los equipos médicos, el escaso control de las infecciones y la falta de cultura hacia la seguridad del paciente, entre otros, conducen a una mayor probabilidad de que se presente esta alta incidencia de eventos evitables. Por lo tanto, en la mayoría de los países de América Latina la seguridad en la atención de los pacientes es una de las variables que determinan la calidad de la atención en salud, pues no solo es una obligación ética de las instituciones sino también una responsabilidad legal. (Gómez, O., et. Al. 2011, pp. 363-374).

Aunque efectivamente, la transformación de la cultura de seguridad en Ecuador no ha sido enfatizada ni ha sufrido cambios positivos; en general, los resultados analizados en este estudio muestran que los docentes tienen una buena percepción de la seguridad del paciente en el C.A.O., lo cual es un indicador de que los miembros de la organización sienten que hay cooperación entre los compañeros de trabajo, que su voz es escuchada por los directivos y que sus esfuerzos diarios son respaldados. En los estudios del Ministerio de Sanidad y Consumo Español y Ortiz et al., afirman que el trabajo en equipo es percibido positivamente, como un factor protector en cuanto a la incidencia de errores en la atención sanitaria.

En la actualidad, existe una marcada preocupación por la sobrecarga laboral en los profesionales de la salud, debido a que la fatiga resultante produce un deterioro del rendimiento humano. Esta situación produce una variedad de

síntomas: aumento de la ansiedad, disminución del tiempo de reacción, disminución de la memoria de corto plazo, bajo rendimiento laboral, disminución de la motivación y alerta, y variabilidad en las diferentes tareas que se ejecutan, incluyendo errores de omisión, los cuáles conllevan necesariamente a la presentación de eventos adversos. Por lo tanto; es necesario que los profesionales involucrados en la atención sanitaria reconozcan que la fatiga y el estrés son factores que innegablemente afectan su desempeño. En este estudio se evidenció que solo el 53% de docentes acepta que la fatiga perjudica su desempeño durante situaciones de emergencia. De acuerdo a Sexton, las puntuaciones bajas (<60%) predisponen a una mayor ocurrencia de eventos adversos. (Bocanegra, J. 2012, pp. 6-8).

Por otra parte, han pasado alrededor de 15 años desde que el Institute of Medicine de los Estados Unidos de Norteamérica publicó el reporte "To Err Is Human"; en donde se puntualiza – entre otras cosas – que el errar es humano. La intención principal de este reporte es crear conciencia acerca de las limitaciones humanas, en las que los errores están implícitos; incluyendo los servidores de la salud. De esta manera, se ha propuesto que, en lugar de juzgar y criminalizar los errores de la práctica médica, se brinde al operador el espacio y la oportunidad de aprender de sus errores, enmarcados dentro de un protocolo de atención sanitaria segura. Es así que, este estudio, mediante la utilización del Safety Attitude Questionnaire (SAQ), ha podido identificar la percepción que tienen los Docentes que laboran en el Centro de Atención Odontológico de la Facultad de Odontología de la Universidad de las Américas, acerca de los puntos importantes que pueden generar errores que ocasionen eventos adversos.

En el análisis estadístico se pudo identificar que los puntos determinantes en la prevención de eventos adversos se mantienen por sobre los niveles que sugiere Sexton. Es así que, en la categoría "Reconocimiento del Estrés", los resultados sobrepasan el 60% de respuestas positivas. De la misma manera, en las categorías "Clima de Trabajo en Equipo" y "Condiciones de Trabajo" se establece un porcentaje de respuestas por encima de los valores meta (>80%), mismos que son sugeridos por Sexton como "ideales". Los Docentes también

perciben de manera positiva e ideal el "Clima de Seguridad" del C.A.O., a excepción de la discusión de errores; debido a que estos se encuentran por debajo de los valores meta, pero dentro del rango de valores aceptables.

De la misma manera, un estudio realizado por Fontene Lima Carvalho et. Al., titulado "Evaluación de la cultura de seguridad en hospitales públicos en Brasil", que tiene por objetivo principal evaluar la cultura de seguridad en tres hospitales públicos de Brasil, mediante la utilización del SAQ, arrojó los siguientes resultados: la percepción del clima de seguridad varió de acuerdo con el hospital, sexo, tiempo de actuación, categoría profesional, régimen de trabajo y nivel de escolaridad del profesional. Con relación al puntaje total obtenido ninguno de los tres hospitales presentó valor positivo. Sin embargo, entre los dominios la Satisfacción en el Trabajo presentó mayor puntaje en todos los hospitales y lo opuesto fue observado en el dominio Percepción de la Administración que presentó valores más bajos. En cuanto al valor de los puntajes total y por dominio de los tres hospitales, se identificó un valor de promedio total del instrumento semejante en dos hospitales, siendo el hospital C con una promedio de cuatro puntos a menos, con una diferencia estadísticamente significativa. Por dominio, el promedio varió entre 57 a 80 para el hospital A, 58 a 75 en el hospital B y 53 a 81 en el hospital C, con diferencias estadísticas en los dominios Clima de Seguridad, Percepción de la Administración y Condiciones de Trabajo. Es así que, el nivel de cultura de seguridad encontrado, se encuentra debajo de lo ideal. Las acciones administrativas son consideradas como el principal contribuyente para la fragilidad de la cultura, entretanto los profesionales se demostraron satisfechos con el trabajo.

Finalmente, la cultura de seguridad del paciente es un factor con gran impacto para la atención sanitaria, ya que guía a la calidad y excelencia. Es necesario investigar la situación de la seguridad del paciente en el país para que, a través de la información obtenida, se desarrollen acciones para lograr el máximo de bienestar de la población y de los profesionales de la salud.

2. CONCLUSIONES

Los docentes que laboran en el Centro de Atención Odontológico presentaron un Índice de Actitudes Seguras con una media de IAS 87,2 (D.E. 12), por encima de los valores meta sugeridos por Sexton ($\geq 80\%$). Es decir, en este estudio se ha comprobado que existe una considerable percepción positiva sobre la seguridad del paciente, por parte de los docentes que laboran en el Centro de Atención Odontológico relacionado con la percepción de la cultura de seguridad.

En el ítem “¿En este Centro de Atención Odontológico es difícil discutir los errores?”, el 76,60% no lo considera así. Los elementos asociados a esta categoría apuntan el grado de apertura y transparencia que existe en el escenario del trabajo. Está ampliamente reconocido que durante la asistencia sanitaria un porcentaje significativo de errores se atribuyen a los defectos de la comunicación y deficiencias del trabajo en equipo. El trabajo en equipo y la comunicación eficaz son críticos para garantizar una confianza alta y segura de la atención sanitaria al paciente. Por lo tanto, el nivel de comunicación que existe entre los docentes en el Centro de Atención Odontológico es positivo, debido a que su respuesta está por encima de la media aceptable que Sexton plantea.

En la categoría “Clima de Trabajo en Equipo”, los resultados se muestran sobre la meta: el 95,70% considera que los desacuerdos en la atención clínica se resuelven apropiadamente; es decir, enfocando la situación en lo que es mejor para el paciente. El 97,90% siente el apoyo necesario de los docentes para tratar al paciente. El 87,20% considera que la cultura de seguridad del Centro de Atención Odontológico permite a los docentes y a los alumnos trabajar como un equipo bien coordinado. Es necesario enfatizar que el trabajo en equipo y la colaboración son esenciales para el cuidado del paciente, este estudio muestra que los docentes perciben que los estudiantes son apoyados por ellos en la atención clínica, situación que influencia directamente en su auto confianza y en la calidad de atención brindada al paciente.

En las categorías “Satisfacción en el Trabajo”, “Condiciones de Trabajo” y “Reconocimiento del Estrés”; los resultados fueron favorables; sin embargo, en esta última, solo el 55,30% de docentes consideró que la fatiga afecta su desempeño durante situaciones de emergencia (por ejemplo, manejo de shock anafiláctico, convulsiones). Por lo tanto, es necesario cultivar un mejor nivel de conciencia y capacidad de reconocimiento de las limitaciones humanas, para así evitar futuros e indeseados eventos adversos que ocurran por causa de la fatiga acumulada.

La aplicación de cuestionarios validados, permite conocer el nivel de cultura de seguridad de la organización y sirve para la planificación de la estrategia de seguridad del paciente y la formulación de objetivos de mejora de la calidad. La cultura seguridad en una organización de salud, permite brindar una atención sanitaria enfocada en el paciente, lo cual disminuye la ocurrencia de errores que puedan dañar al paciente y, consecuentemente, al profesional.

REFERENCIAS

- Daker-White, G., Hays, R., McSharry, J., Giles, S., Cheraghi-Sohi, S., Rhodes, P., & Sanders, C. (2015). Blame the Patient, Blame the Doctor or Blame the System? A Meta-Synthesis of Qualitative Studies of Patient Safety in Primary Care. *PLoS ONE*, *10*(8): 1-42. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0128329>
- Elmontsri, M., Almashrafi, A., Banarsee, R., & Majeed, A. (2017). Status of patient safety culture in Arab countries: a systematic review. *BMJ Open*, *7*(2): e013487. <http://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013487>
- WHO (2008) . Implementation Manual Surgical Safety Checklist. *Geneva: World Health Organization*.
- Bailey, E., Tickle, M., Campbell, S., & O'Malley, L. (2015). Systematic review of patient safety interventions in dentistry. *BMC Oral Health*, *15*, 152. <http://doi.org/10.1186/s12903-015-0136-1>
- Weaver, S. J., Lubomksi, L. H., Wilson, R. F., Pfoh, E. R., Martinez, K. A., & Dy, S. M. (2013). Promoting a Culture of Safety as a Patient Safety Strategy: A Systematic Review. *Annals of Internal Medicine*, *158*(5 part2):369–74. <http://doi.org/10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00002>
- Carvalho REFL., Arruda LP., Nascimento NKP., Sampaio RL., Cavalcante MLSN., Costa ACP., (2017) Evaluación de la cultura de seguridad en hospitales públicos en Brasil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 2017;25:e2849. DOI: 10.1590/1518-8345.1600.2849
- Fernández Busso, N. (2004). Los eventos adversos y la calidad de atención: Estrategias para mejorar la seguridad de los pacientes pediátricos. *Archivos argentinos de pediatría*, *102*(5), 402-410. Recuperado en 16 de noviembre de 2017, de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752004000500014&lng=es&tlng=es
- Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America; Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. (2000) *To Err is Human*:

- Building a Safer Health System. *Washington (DC): National Academies Press (US)*. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225182/> doi: 10.17226/9728
- FDA (2017) Questions and Answers on FDA's Adverse Event Reporting System (FAERS). U.S. Department of Health and Human Services.
- Deilkås and Hofoss; licensee BioMed Central Ltd. (2008). Psychometric properties of the Norwegian version of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ), Generic version (Short Form 2006). *BMC Health Services Research*. 2008, **8**:191. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-19>
- Health System. *Washington (DC): National Academies Press (US)*. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225182/> doi: 10
- Gómez Ramírez, O., Arenas Gutiérrez, W., González Vega, L., Garzón Salamanca, J., Mateus Galeano, E., & Soto Gámez, A. (2011). CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE POR PERSONAL DE ENFERMERÍA EN BOGOTÁ, COLOMBIA. *Ciencia y enfermería*, 17(3), 97-111. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532011000300009>
- Fernández Busso, N. (2004) Los eventos adversos y la calidad de atención Estrategias para mejorar la seguridad de los pacientes pediátricos. *Pediatría sanitaria y social*, 102(5), 402. http://www.seguridaddelpacienteyenfermero.com/docs/articulos/articulo_03.pdf
- Donabedian A. (1986) La investigación sobre la calidad de la Atención Médica. *Revista Salud de Seguridad Social del Instituto Mexicano de Seguridad Social, México* ; 28:324-327.
- Navarrete, S., Gómez, Alejandro., Riebeling, C., López, A., Nava, A. (2013). La investigación sobre calidad de la atención en el Instituto Mexicano del Seguro Social: estudio bibliométrico. *Salud Pública de México*, 55(6), 564-571. Recuperado en 06 de junio de 2018, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013001000005&lng=es&tlng=es.

- J.M. Aranaz Andrés, C. Aibar-Remónb, Limón-Ramírez R., A. Amarillac, F.R. Restrepo d, O. Urroz e, O. Sarabiaf , R. Ingag, A. Santivanez ~ h, J. Gonseth-Garcíai , I. Larizgoitia-Jaureguij , Y. Agra-Varela k y E. Terol-García (2011) Diseño del estudio IBEAS: prevalencia de efectos adversos ~ en hospitales de Latinoamérica. *Revista de Calidad Asistencial*, 26(3):194—200. <http://www.binasss.sa.cr/seguridad/disenio.pdf>
- Universidad Internacional de La Rioja (2008). La norma UNE de Seguridad del Paciente. *Marco Conceptual de la Seguridad del Paciente: Estudios en Seguridad del Paciente*, Tema 10
- Echevarría Zuno, S., Sandoval Castellanos, F., Gutiérrez Dorantes, S., Alcantar Bautista, A., Cote Estrada, L. (2011). Eventos adversos en cirugía. *Cirujano general*, 33(3), 163-169. Recuperado en 20 de abril de 2018, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992011000300005&lng=es&tlng=es.
- Rodríguez, Y. (2014). Causas de ocurrencia de evento adverso relacionado con la atención de enfermería. *Universidad Nacional de Colombia*. <http://www.bdigital.unal.edu.co/40185/1/539472.2014.pdf>
- WHO (2009). Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. *Más que palabras*. (<http://www.who.int/about/copyright/es/index.html>)
- Rocco, C., Garrido, A. (2017). Seguridad del Paciente y Cultura de Seguridad. *Revista Médica Clínica Las Condes*. (28) 5, 785-795. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2017.08.006>
- Rockville, W., Sorra, J., Gray, L., Streagle, S., Famolaro, T., Yount, N., Behm, J. (2016). AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture: User's Guide. *Agency for Healthcare Research and Quality. U.S. Department of Health and Human Services*. 15(16)-0049-EF. <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/userguide/hospcult.pdf>

- Sexton, J., Helmreich, R., Neilands, T., Rowan, K., Vella, K., Boyden, J., Roberts, P., Thomas, E. (2006). The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC Health Serv Research*. 6: 44. doi: 10.1186/1472-6963-6-44
- Alarcon, D., Gil, L. (2015). Evaluación De Las Causas De Los Eventos Adversos O Incidentes Que Afectan La Seguridad Del Paciente, En El Hospital Central De La Policia De Enero 2012 A Diciembre 2013. *Facultad De Administracion Universidad Del Rosario*. 1: 23-25. <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/12202/1022340367-2016.pdf?sequence=1>
- Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. (1999). To err is human: building a safer health system. *Washington, DC: National Academy Press*.
- WHO (2009). Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. *Patient Safety: A World Alliance for Safer Health Care*. Versión 1.1.
- Torres, M. (2011). EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL SERVICIO DESDE LA PERSPECTIVA DE LA INFORMACIÓN. *Universidad Centroccidental "Lisandro Alvarado"*. Vol. 1. No. 1. <file:///C:/Users/pent/Downloads/Dialnet-EvaluacionDeLaCalidadDelServicioDesdeLaPerspectiva-3895329.pdf>
- Nguyen, G., Gambashidze, N., Ilyas, S. A., & Pascu, D. (2015). Validation of the safety attitudes questionnaire (short form 2006) in Italian in hospitals in the northeast of Italy. *BMC Health Services Research*, 15, 284. <http://doi.org/10.1186/s12913-015-0951-8>
- Camargo, G., Queiroz, A., Silvestre, N., Camargo, A. (2014). Cultura de la seguridad del paciente en la atención sanitaria: un estudio bibliométrico. *Enfermería Global*, 13(33), 336-348. Recuperado en 06 de junio de 2018, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000100017&lng=es&tlng=es
- Gómez, O., Soto, A., Arenas, A., Garzón, J., González, A., Galeano, E. (2011). Una mirada actual de la cultura de seguridad del paciente. *Avances en*

Enfermería. 29 (2), 363-374.

<http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v29n2/v29n2a15.pdf>

Bocanegra, J. (2012). Sobrecarga laboral en los profesionales de la salud y su relación con la seguridad del paciente. *PANORAMA.* 18 (1), 6-8.

<http://www.medicolegal.com.co/pdf/esp/2012/No%201/6-13%20Panorama%20-%20Sobrecarga%20laboral.pdf>

ANEXOS

TRABAJO DE TITULACIÓN

PERCEPCIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LOS DOCENTES QUE LABORAN EN EL CENTRO DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS. PERIODO ACADÉMICO 2018-2.

Por favor, llenar el siguiente cuestionario. Escoger “sí” si usted considera que el 50% o más de situaciones son positivas y “no” si considera que el 50% o más de situaciones son negativas.

Safety Attitude Questionnaire (SAQ).

El siguiente cuestionario ha sido realizado en base a la versión en inglés del cuestionario "The Safety Attitude Questionnaire", validado en varias instituciones como "Swiss University Hospitals", "Dutch Clinical Work Settings", etc.

Este cuestionario permite medir la percepción de la cultura de seguridad por parte de los miembros que laboran en Organizaciones de Servicios de Salud; en este caso, será utilizado para determinar la percepción de la cultura de seguridad de los pacientes en los docentes que laboran en el Centro de Atención Odontológico de la Facultad de Odontología de la Universidad de las Américas.

Es probable que usted encuentre cierta similitud entre una pregunta y otra; esto se debe a que el cuestionario está dividido en diferentes categorías y cada categoría está conformada por 5 o 6 preguntas. Por lo tanto, las preguntas serán analizadas una independientemente de la otra.

1. Indique a qué especialidad odontológica pertenece.

Odontología general

Periodoncia

Endodoncia

Rehabilitación Oral

Cirugía Oral

Odontopediatría

Ortodoncia

2. Indique el tiempo que se encuentra trabajando en el Centro de Atención Odontológico.

- 6 meses
- 1 año
- 2 años
- 3 años
- 4 años o más

1. CATEGORÍA CLIMA DE TRABAJO EN EQUIPO

3. ¿Tengo el apoyo que necesito del personal docente y administrativo para atender a los pacientes?

-
- Sí
- No

4. ¿El aporte del Docente es bien recibido en este Centro de Atención Odontológico?

- Sí
- No

5. ¿Es fácil para el personal docente de este Centro De Atención Odontológico hacer preguntas cuando hay alguna situación que no entienden (procesos y procedimientos clínicos y administrativos)?

- Sí
- No

6. ¿En este Centro de Atención Odontológico, es difícil comunicar si percibo un problema con la atención del paciente?

- Sí
- No

7. ¿Los desacuerdos en este Centro de Atención Odontológico se resuelven adecuadamente (es decir, lo mejor para el paciente)?

- Sí
- No

8. ¿Los docentes y los estudiantes trabajan juntos como un equipo bien coordinado?

- Sí
- No

2. CATEGORÍA CLIMA DE SEGURIDAD

9. ¿La cultura (actitudes, experiencias, y comportamiento del personal) en este Centro de Atención Odontológico, hace que sea fácil aprender de los desaciertos de los demás?

Sí

No

10. ¿Los errores en la atención odontológica se manejan adecuadamente en este Centro de Atención Odontológico?

Sí

No

11. ¿Conozco los canales/filtros adecuados para dirigir preguntas con respecto a la seguridad del paciente en este Centro de Atención Odontológico?

Sí

No

12. ¿En el Centro de Atención Odontológico me animan a informar cualquier inquietud sobre la seguridad del paciente que pueda tener?

Sí

No

13. ¿En este Centro de Atención Odontológico recibo comentarios apropiados sobre mi desempeño por parte de los docentes y la administración?

Sí

No

14. ¿Me sentiría seguro siendo tratado aquí como paciente?

Sí

No

15. ¿En este Centro de Atención Odontológico, es difícil discutir los errores?

Sí

No

3. CATEGORÍA SATISFACCIÓN LABORAL

16. ¿Este Centro de Atención Odontológico es un buen lugar para trabajar?

Sí

No

17. ¿Estoy orgulloso/a de trabajar en este Centro de Atención Odontológico?

Sí

No

18. ¿Trabajar en este Centro de Atención Odontológico es como ser parte de una gran familia?

Sí

No

19. ¿La moral del Centro de Atención Odontológico es alta?

Sí

No

20. ¿Me gusta mi trabajo?

Sí

No

4. CATEGORÍA RECONOCIMIENTO DE ESTRÉS

21. Cuando mi carga de trabajo se vuelve excesiva, ¿mi rendimiento puede verse perjudicado?

Sí

No

22. ¿Tengo más probabilidades de cometer errores en situaciones tensas u hostiles?

Sí

No

23. ¿La fatiga puede afectar mi desempeño durante situaciones de emergencia (por ejemplo, manejo de shock anafiláctico, convulsiones)?

Sí

No

24. ¿Soy menos efectivo en el trabajo cuando estoy fatigado?

Sí

No

5. CATEGORÍA PERCEPCIONES DE LA GESTIÓN

25. ¿La administración del Centro de Atención Odontológico compromete a trabajar por la seguridad de los pacientes?

Sí

No

26. ¿La administración del Centro de Atención Odontológico apoya mis esfuerzos diarios?

Sí

No

27. ¿Recibo información adecuada y oportuna sobre los eventos en el Centro de Atención Odontológico que podrían afectar mi trabajo?

Sí

No

28. ¿Los niveles de personal en esta área clínica son suficientes para manejar la cantidad de pacientes?

Sí

No

6. CONDICIONES DE TRABAJO

29. ¿Toda la información necesaria para las decisiones de diagnóstico y terapéuticas está rutinariamente disponible para mí?

Sí

No

30. ¿Este Centro de Atención Odontológico trata constructivamente los problemas con docentes y empleados?

Sí

No

31. ¿Los alumnos en mi disciplina están supervisados adecuadamente?

Sí

No

32. ¿Este Centro de Atención Odontológico hace un buen trabajo entrenando personal nuevo (docentes, ayudante de clínica, personal administrativo)?

Sí

No

